

# Kit Sinistro

## Despesas Médico-Hospitalar - DMH

---

Prezado(a)

Para melhor atendê-lo, este material contém os formulários e documentos necessários para solicitar a abertura de processo de sinistro, assim como as orientações para envio e o prazo de regulação.

### **Preenchimento e envio dos documentos:**

1. Preencha os formulários solicitados neste arquivo de forma completa e legível ou por meio do site [www.zurich.com.br](http://www.zurich.com.br).  
Caminho: Atendimento > Atendimento rápido > Sinistro > Escolha o produto.
2. Reúna todos os documentos solicitados no kit sinistro.
3. Digitalize os documentos e envie para o e-mail do seu Corretor. Caso não tenha o contato prossiga conforme orientações abaixo:

#### **- Email**

- **Para:** [sinistrovida@br.zurich.com](mailto:sinistrovida@br.zurich.com)
- **Com cópia:** [callcenter.life@br.zurich.com](mailto:callcenter.life@br.zurich.com)
- **Assunto:** Nome / CPF do segurado / Cobertura (morte, invalidez, despesa hospitalar, etc).
- Envie os documentos anexados em formato PDF, não ultrapassando a capacidade total de 20MB.

#### **- Se não for possível por e-mail, a cópia simples da documentação pode ser enviada via Correio.**

- Avenida Jornalista Roberto Marinho, 85 – 22º andar. Bairro: Brooklin Novo – São Paulo / SP. CEP: 04576-010 – Aos cuidados da área de Sinistro Vida.
- Coloque os formulários preenchidos e os documentos em um mesmo envelope.

### **Prazo de análise e finalização do processo de sinistro**

De acordo com a regulamentação SUSEP (órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro no Brasil), o prazo para análise do processo é de até 30 dias corridos a partir do recebimento de toda documentação completa (solicitada nesse e-mail), ou seja, a Seguradora iniciará a regulação do processo e a contagem do prazo somente após o recebimento destes documentos.

Caso necessário, nos reservamos ao direito de solicitar documentos complementares necessários ao processo.

### **Acompanhe seu sinistro**

Para receber informações sobre o andamento da sua solicitação de sinistro entre em contato com seu Corretor ou ligue para nossa Central de Atendimento.

### **Central de Seguros Gerais**

**4020 4848** (capitais e regiões metropolitanas) / **0800 285 4141** (demais localidades)

Horário de atendimento de Segunda à Sexta-feira 8h às 20h.

Aos sábados 8h às 18h, exceto feriados nacionais.

### **Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)**

Reclamação, Cancelamento, Elogios e Informações Genéricas sobre seguros.

0800 284 4848 (Território Nacional) / 0800 275 8585 (Deficiente Auditivo)

# Lista de Documentos

## Despesas Médico-Hospitalar - DMH

|          | Despesa Médica Hospitalar (DMH)  | Para que serve  | Como obter   |
|----------|--|---|--|
| Segurado | CNH ou RG constando o número do CPF (caso não conste encaminhar também o CPF).   | São os documentos hábeis que permitem avaliação e análise da Seguradora.  | Pode ser entregue pelo próprio segurado.   |
|          | Comprovante de residência.<br>Se não houver, declaração com a informação do endereço.  | Comprovação do local de residência, datado de, até três meses do aviso do sinistro.   | Contas de consumo: água, luz ou telefone fixo.   |
| Sinistro | Aviso de sinistro com o preenchimento do estipulante, segurado/reclamante e médico assistente do sinistrado (modelo da seguradora).  | É o formulário padrão de comunicação do evento à Seguradora, por meio do qual o segurado ou a parte interessada formalizará o sinistro, prestando as informações mínimas necessárias. | Disponível no site da Zurich ( <a href="http://www.zurich.com.br">www.zurich.com.br</a> ) e no Kit Sinistro. |
|          | Carteira de trabalho (página da foto e qualificação civil, último registro e posterior - mesmo em branco) ou Contrato de trabalho ou Comprovante de adesão para vínculo associativo. | É o documento oficial que comprova o contrato de trabalho e o desligamento.   | Pode ser entregue pelo próprio segurado.   |
|          | Prontuário do primeiro atendimento médico-hospitalar   | Comprovação do tratamento e diagnóstico médico necessários para análise do sinistro.  | SAMU, hospital ou clínica que prestou o atendimento médico.  |
|          | Notas fiscais, recibos e receitas médicas originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas.   | Comprovação dos gastos com as despesas médicas.   | Agentes que realizaram os serviços (hospital, clínica, etc).   |
|          | Autorização de pagamento/crédito de sinistro e um comprovante dos dados bancários (ex.: cartão do banco, cabeçalho de extrato/saldo).  | Realizar o crédito da indenização do seguro.  | Disponível no site da Zurich ( <a href="http://www.zurich.com.br">www.zurich.com.br</a> ) e no Kit Sinistro. |

# Glossário

## Despesas Médico-Hospitalar - DMH

**Capital Segurado:** é o valor total pago pela Seguradora ao segurado ou beneficiário pelo evento contratado.

**Sinistro:** é a ocorrência de um evento (exemplo: morte, invalidez, etc.) previsto nas coberturas do seguro contratado e que, após análise da Seguradora, poderá resultar no pagamento de uma indenização ao próprio segurado ou aos seus beneficiários por ele indicados ou pelo previsto na Legislação em vigor.

**Sinistrado:** pessoa com a qual ocorreu o sinistro, podendo ser o segurado titular, seu cônjuge ou filhos.

**Solicitante:** pessoa que preenche os formulários, reúne e envia os documentos solicitados para abertura do processo de sinistro. Será o nosso ponto focal para contato, se necessário. O solicitante não obrigatoriamente é um beneficiário, podendo ser um representante legal (procurador, tutor, corretor, etc.).

**Estipulante/Empresa:** pessoa jurídica que contrata um seguro coletivo, e que possui poderes para representar os segurados, conforme legislação em vigor. Podendo ser: Empresas, Associações, Sindicatos, Bancos, Cartões, Escolas, entre outros.

**Segurado Titular:** pessoa física que contratou o seguro.

**Beneficiários:** pessoas físicas ou jurídicas, indicadas pelo segurado titular ou determinadas pela legislação vigente, a receber o valor da indenização caso ocorra um sinistro.

**Beneficiários indicados:** quando o titular indicou quem receberá a indenização do seguro e qual o percentual para cada um.

**Beneficiários não indicados:** quando o titular do seguro não indicou quem receberá a indenização, os beneficiários serão os determinados pela legislação vigente. Atualmente, de acordo com o artigo 792 do Código Civil Brasileiro, a indenização será dividida entre: o cônjuge/companheiro(a) não separado judicialmente (50% do valor) e os herdeiros legais (50% do valor).

# Aviso de Sinistro - Seguro de Vida e Acidentes Pessoais

## Despesas Médico-Hospitalar - DMH

### 1. Dados da apólice

Apólice Nº: \_\_\_\_\_ Certificado Nº: \_\_\_\_\_ Estipulante e sub-estipulante: \_\_\_\_\_

### 2. Dados do segurado titular

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Data de admissão: \_\_\_\_\_ Último dia de trabalho: \_\_\_\_\_ Renda / Salário - R\$ \_\_\_\_\_

### 3. Dados do sinistro

Data da ocorrência: \_\_\_\_\_

Descrição: \_\_\_\_\_

Possui seguro em outras seguradoras?  Não  Sim Se positivo, especifique: \_\_\_\_\_

### 4. Dados do solicitante

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

(DDD) Telefone celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do solicitante

\_\_\_\_\_  
Local/Data

## 5. Relatório médico – despesas médico-hospitalar (a ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado)

Data do primeiro atendimento médico / odontológico:

Emergencial  Não  Sim

Descrição detalhada das lesões produzidas (diagnóstico/CID definitivos):

As lesões constatadas são diretamente conseqüentes da causa traumática:  Não  Sim

Se indiretamente, qual a causa:

Algum defeito físico, lesão ou doença preexistente foi encontrado no acidentado, que não relacionado com o trauma em pauta?  Não  Sim

Detalhe:

Defeitos Físicos:

Lesões:

Doenças:

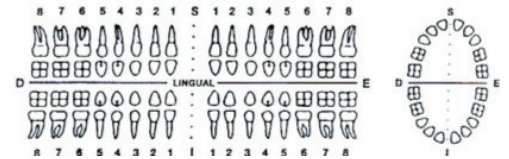
Este defeito, lesão ou doença pode agravar ou aumentar as conseqüências do acidente?  Não  Sim

Houve agravamento das lesões causadas pelo acidente por falta de cuidados médicos/odontológicos imediatos?  Não  Sim

O Tratamento efetuado foi de caráter:  Definitivo  Provisório

Necessitará posteriormente de outro tipo de tratamento na mesma região/dente?  Não  Sim, descreva abaixo.

Diagnóstico definitivo das lesões diretamente produzidas pelo trauma em pauta (especificar com precisão anatômica a sua localização/anexar radiografias dos dentes)



Tratamento médico/odontológico instituído com as respectivas datas (citar remédios do prontuário):

Descrição do(s) ato(s) cirúrgico(s) com a(s) respectiva(s) data(s) (citar remédios do prontuário):

Houve complicações intercorrentes? Em caso afirmativo descreva abaixo:  Não  Sim, descreva abaixo.

Nome do Hospital onde foi prestada a Assistência Médica:

Data da Internação:

Data da Alta:

Data da Alta Definitiva:

Tratamento: Tipo:

Período:

Haverá necessidade de atendimento médico/odontológico posterior?  Não  Sim.

Nome do médico responsável:

CRM:

Local/Data

Assinatura do médico e carimbo

# Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro

## Despesas Médico-Hospitalar - DMH

Número do sinistro:

Eu,

portador(a) do RG nº

expedido por

em data

e CPF nº

/ CNPJ nº

na qualidade de **FAVORECIDO(A) / BENEFICIÁRIA(A)** do valor referente a indenização do sinistro do segurado

autorizo a Zurich Brasil Seguros a efetuar o respectivo pagamento / crédito da indenização

que me é devida na forma de CRÉDITO EM CONTA, por meio do banco, agência e conta abaixo indicado:

Telefone:

E-mail:

Nº Banco:

Nº Agência/DV:

Conta/DV:

(NÃO DEVE SER INFORMADO CONTA SALÁRIO E BENEFÍCIO)

Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade e efetuado o pagamento/crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou plena e irrevogável quitação em relação ao valor da referida indenização. E tratando-se da cobertura de IPD/IFDP na forma estabelecida na respectiva cláusula contratual, dou por rescindido e encerrado o contrato de seguro, por seu cumprimento pela Seguradora, comprometendo-me a abster de quaisquer pagamento de toda e qualquer parcela de prêmio.

Assinatura do(a) favorecido(a) ou beneficiário(a)

Local/Data

### Importante:

- Não será efetuado crédito em conta de terceiros, conta salário e benefício.
- É obrigatório a apresentação do documento comprobatório para confirmação do nº do banco, agência e conta corrente/DV.
- O não acatamento de conta salário e benefício é para evitar devoluções do crédito.